

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2295300046		
法人名	社会福祉法人鳳会		
事業所名	グループホームふじトピア(2ユニット共通)		
所在地	藤枝市時ヶ谷417番地2		
自己評価作成日	令和5年 11月 1日	評価結果市町村受理日	令和6年 2月 14日

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	http://www.kaigo-kouhyo-shizuoka.jp/kaigosip/Top.do
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	一般社団法人静岡県介護福祉士会
所在地	静岡県静岡市葵区駿府町1-70 静岡県総合社会福祉会館4階
訪問調査日	令和5年 11月 22日

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

ゆったりとした穏やかな雰囲気の中で、今までの生活に合わせた家事や趣味などを一緒に行い、笑顔や可能性を引き出しながら安心して暮らせる生活を支援しています。

- ・各部屋に洗面台とトイレがありプライバシーに配慮しています。
- ・主婦として活躍してきた能力を生かし食事のメニューを一緒に考えたり、料理を一緒に行う楽しみがあります。
- ・歩行解析を行いご本人に合わせた体操を取り入れ身体機能の維持に努めています。
- ・看護師を配置して健康管理を行っています。
- ・外出や地域活動への参加、ボランティアとの交流を少しづつ再開しています。

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

特別養護老人ホームに隣接するグループホームで法人の他の在宅サービスなどとの連携ができており、特別養護老人ホームのセラピストからの運動機能の助言を受けたり、災害時には他のサービスの職員と連携して全員避難することができた実績もある。職員研修は法人全体で年間計画を作成し、集合研修、Web配信、動画等の複数の方法を活用して全員が受講できるようにしている。業務で受講できない職員にも後日集合研修を撮影した動画で研修を受けさせるなど充実した職員教育をしている。この充実した職員研修が在籍10年以上の職員が60%以上、3年～5年の職員が32%の定着率に現れている。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1～55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

項目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印	項目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印
56 職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる (参考項目:23,24,25)	○ 1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらい 3. 利用者の1/3くらい 4. ほとんど掴んでいない	63 職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている (参考項目:9,10,19)	○ 1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
57 利用者職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38)	○ 1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない	64 通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている (参考項目:2,20)	○ 1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 4. ほとんどない
58 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	65 運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	○ 1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くいない
59 利用者は、職員が支援することで生き生きした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	66 職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)	○ 1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目:49)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	67 職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごしている (参考項目:30,31)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	68 職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う	○ 1. ほぼ全ての家族等が 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどできていない
62 利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている (参考項目:28)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない		

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
I. 理念に基づく運営					
1	(1)	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念を作り、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	1.法人理事からの理念の講義、期待する職員像の講義(年1回) 2.職員への理念カードの配布(入職時) 3.朝の理念の唱和(毎日) 4.年2回の職員面接による職員への実践、指導(年2回)	理念を事務所内に掲示するとともに職員に理念カードを配布し毎朝唱和をしている。法人理事の思いとして「理念のおもてなしの気持ち」とは標準的な対応だけでなく、利用者にあった個別のサービスをプラスすることが必要であるとそれを実践している。	
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	1.近隣への挨拶 2.地域防災訓練やお祭りなどへの参加 3.敬老会等の町内会長の来所 4.近隣のお店への買い物 5.ボランティアの受入れ	地区のお祭り(盆踊り)・防災訓練の参加や住民から野菜が差し入れされる事もある。また施設の行事や介護の仕事について案内したり、近隣の保育園児からのプレゼントをもらうなど地域の一員として交流を図っている。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	1.保健講座の講師派遣(法人) 2.買い物などを通して認知症の人への理解の促進への働きかけ		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	1.2か月に1度の会議の開催参加者が利用者の声を聴く機会の確保 2.会議の結果はグループホーム会議で共有し検討	コロナ流行時であっても委嘱した町内会長・民生委員等4名の他、地域ボランティアも参加して取り組み状況の報告や意見をサービス向上に活かしている。なお参加者には会議の前に利用者と会話をする機会を設けている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる	1.保健講座の講師派遣(法人) 2.買い物などを通して認知症の人への理解の促進への働きかけ 3.認知症サポーター養成講座講師派遣(要請時) 4.認知症の人に優しい事業所の登録市事業への協力	毎回、運営推進会議に地域包括ケア推進課の職員が参加し、施設の取り組みについて積極的に伝え、また予防接種の予定など役所情報を受けるなど協力関係を築いている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	1.法人研修の実施(年2回) 2.担当者の配置 3.セルフチェックリスト(年1回)実施 4.身体拘束廃止・虐待防止委員会への参加(2ヶ月に1回) 5.ケース会議の実施 6.玄関の施錠はしていない	全職員を対象に、外部講師による集合研修と内部講師による研修を年2回行っている。当日業務で参加できなかった職員には、資料のほか撮影した研修動画を使って内容を周知するようにしている。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見逃ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	1.法人研修の実施(年2回) 2.担当者の配置 3.セルフチェックリストの実施 4.身体拘束廃止・虐待防止委員会への参加(2か月に1回) 5.ケース会議の実施		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	1.日常生活自立支援事業や成年後見を学ぶ場の確保(グループホーム会議) 2.ケース会議で必要性について検討 3.地域包括支援センターへ相談		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	1.契約締結、解除については面接にて説明、同意を得ている 2.改定時等は書面で配布質問を受け付けている。同意を得て署名押印を受けている		
10	(6)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	1.運営推進会議構成メンバーとの会話の機会の確保 2.さわやか相談員の受入れ 3.意見箱の設置 4.法人苦情相談窓口の設置 5.法人外苦情相談窓口の重要事項説明書への明記 6.1~3をグループホーム会議で共有、運営反映を検討	平均介護度2、3と介護度が高い利用者は少ない。職員に希望等を伝えることはできるが、伝えにくい内容も意見できるよう各ユニットに利用者専用の意見箱を設置している。	介護計画の説明や話し合いが不十分と思われるご家族のため、利用者家族の全員に寄り添った説明、話し合いができることが望まれる。
11	(7)	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	1.グループホーム会議(月1回)の開催 2.年2回の個別面接の実施 必要に応じ部長の同席 3.在宅連携会議での共有と検討(月1回) 4.法人との話し合いの実施	月1回のグループホーム会議で職員の意見集約を行い、法人内に設置された在宅連携会議で他の在宅部門と意見の共有、検討をし運営に職員の意見を反映させている。また個別面談も年2回行い意見を聞き話し合いの場を設けている。	
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	1.年2回管理者による面接の実施 2.1の代表者への報告、部長代表者への報告 3.法人事務所理事等と業務に対する話し合い		
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	1.法人研修の実施(月1回) 2. OJTの実施(毎日) 3.外部研修への参加(適宜) 4.職員面接にてキャリアプランを設定し評価		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている	1.外部研修への参加 2.圏域の同業者との交流の場への参加(包括主催) 3.法人研修への参加 4.地域ケア推進会議(包括主催)への参加 5.市内グループホーム連絡会への参加、情報共有		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	1.サービス導入時に生活目標、意向を確認している(本人) 2.サービス導入時に興味、関心を聴いている。 3.毎月ひとりひとりに声かけを行い意向(意思)が確認できる様取組んでいる。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	1.サービス導入時に今までの生活に対する思いを聴いている 2.サービス導入時に困りごと不安な事を聴いている。特に就労している家族、遠方の家族については仕事と介護の両立について聴いている		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	1.サービス導入段階でアセスメントを実施している 2.グループホーム以外の支援が必要と想定された場合は法人内の専門職や地域包括支援センターと連携している		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	1.調理、洗濯、掃除などの家事活動を一緒に行う 2.行事計画の時には利用者から意見を聞いて立案している		
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	1.ケアプラン作成時には家族の意向を聴いている 2.面会の機会を作っている 3.外出、外泊の機会を作っている。 4.本人に家族の思いを伝える様にしている。 5.家族ができる事を話し合い関わってもらう		
20	(8)	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	1.本人が書いた手紙やお便りを家族に郵送している(月1回) 2.面会の機会の確保、外出外泊の機会の確保 3.希望に応じ携帯電話の所持など通信の自由を確保している。 4.外出レクや買い物の実施	これまでの馴染みの関係が途絶えないように施設では、毎月利用者が家族や知人に葉書を送付するようにしている。また、ひ孫にちぎり絵を作ってあげたり行きつけの美容院に送迎するなど支援に努めている。	
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	1.席への配慮をしている 2.共同での制作活動やレクを実施している 3.利用者同士で会話ができるよう声かけをしている		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	1.サービス終了時にはその後の相談窓口についてチラシを渡している 2.他のサービスへの移行時は一週間から一か月をめどに様子伺いの連絡をして必要に応じ関係機関に繋げている 3.手紙や近況報告をしてくれる家族に返信している		
Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	(9)	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	1.1対1で利用者ど話す機会を作る 2.本人の意向は、CMだけでなく、介護、看護職員からも聞き取りをする 3.本人の意向をカンファレンスで共有、支援を検討している 4.本人の意思の確認が困難な場合は本人のこれまでの暮らしや関わった人たちから情報を集めチームで共有	利用者一人ひとりの意向や希望は、介護職のみならず利用者に関わる職員全てが利用者の気持ちになり介護記録表に記入し情報の共有を図っている。困難な場合は今までの行動等を基に理解しようと努めている。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	1.今までの暮らしについて本人、家族に聞き取りを行う 2.入居前のCMなどから情報を提供してもらう 3.地域で関わっていた民生委員や近所、知人の方などから適宜話を聞く		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	1.センター方式を活用し、今までの暮らしや健康状態などを家族から聞き取っている 2.日々の暮らしの様子、健康観察等を記録し、モニタリングをしている 3.1, 2から得られた情報を共有している		
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	1.本人の意向と家族の生活への意向を確認ケアプラン1表に明記する。 2.ケアプランを本人、家族に説明し同意を得ている 3.カンファレンスを実施。課題に対し事業所以外の専門職からの意見も反映している。	計画作成担当者は、職員の記録した利用者一人ひとりの日常生活をまとめた介護記録表を基に「ケアチェック要約表」を作成し食事、排せつ、入浴等の各項目を見える化し利用者の全体を見て介護計画を作成している。	
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	1.ケアプランに基づくケアの実施、及び記録 2.月1回のモニタリングの実施 3.日頃の変化を申し送りやカンファレンスで共有 4.半年に1回をめどに評価、ケアプラン再アセスメントを実施		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	1.家族支援が必要になった場合、支援が困難になった場合は地域包括支援センターと連携 2.受診時の付き添いや医療との連携 3.(株)ヤマタの協力による歩行解析(トルト)の実施 4.町内会や民生委員との情報共有、地域活動への参加 5.重度化対策と終末期支援のための看護師配置と訪問診療医との連携		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	1.地域包括支援センターが発行している社会資源リストのQ&Aを活用 2.ふれあいのケアガイドマップ、事業所ガイドマップ、市発行のガイドブックなどを活用 3.地域包括支援センター主催の地域ケア推進会議に参加		
30	(11)	○かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	1.入所時にかかりつけ医についての希望を確認 2.状況に応じた複数の診療所を紹介 3.心身の状況に応じて受診表を作成事前にFAXしたり電話したりしている 4.必要に応じて受診同行している 5.必要に応じてかかりつけ薬局の薬剤師と電話やFAXで連絡している	協力医療機関、かかりつけ医、訪問診療医と利用者の希望に合わせて対応している。かかりつけ医への通院時には利用者の近況等を記録した書面を渡し、結果の報告を受けている。家族の都合により職員が付添うこともある。	
31		○看護職との協働 介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	1.事業所に1名看護師を配置毎朝申し送りを実施、医療的相談の実施(毎朝) 2.訪問看護ステーションから看護師の派遣体調について報告(週1回)必要時連絡要請 3.法人内看護師と連携、必要に応じ支援の要請		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	1.入院3日以内に入院時情報提供書を病院に提出している 2.入院中はMSWと状態の共有を電話などで図ると共に退院時の生活について検討 3.退院許可が出たらHPIに出向き本人、HPスタッフと面会情報収集、退院後の医療の確認 4.志太医師会、藤枝市立HP主催の研修への参加 5.地域ケア推進会議への参加		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	1.入所時に今後の生活に対する意向の確認 2.状態変化に応じ、本人、家族の意向を確認しサービス調整を行う 3.重度化に関する指針の策定と職員への周知、本人、家族との共有を行う 4.看取り介護の同意書の締結 5.訪問診療、訪問歯科、薬剤師、訪問看護師との連携を行う	入所時に「グループホームの重度化に関する指針」及び「看取り介護同意書」について書面で利用者、家族に説明、同意を得て医師とも共有している。「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」についても良く理解している。	
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	1.緊急時マニュアルの策定と同意、連携、提示、訓練への参加 2.AEDの講習会への参加 3.事故対応マニュアルの策定と周知訓練への参加 4.マニュアルを見直す(年1回) 5.法人研修への参加		
35	(13)	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	1.月1回の防災訓練の実施、年1回の総合防災訓練への参加 2.災害時マニュアルの研修の実施 3.BCP研修への参加 4.地域防災訓練への参加 5.水害時の避難の環境整備(2Fへの移動)	毎月の防災訓練と年1回の総合防災訓練を行っており、6月の大雨の時には隣接する特別養護老人ホームの職員と協力して特別養護老人ホーム2階に全員避難するなど法人内の連携もできている。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(14)	○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	1.虐待防止委員会で不適切なケアの気づきを共有 2.セルフチェックを実施(年1回) 3.介護マニュアルを策定周知 4.OJTの実施 5.職員面接の実施(年2回)	年2回の職員面接のほか職員が利用者に向けて発する言葉の内容や語調が利用者の誇りを傷つけていないかなど管理者が随時施設内を巡回し言動等をチェックし、不適切な言動等が見られた時には直ぐに指導するようにしている。	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	1.アサーティブコミュニケーションに取り組んでいる 2.本人の言葉だけでなく表情や行動から職員が思いを検討するカンファレンスを行っている 3.本人が決めやすいよう文字や絵で表したり簡単に伝えるよう工夫している		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	1.日課は目安であることを職員に指導している 2.1日の生活においては本人の希望を確認しまとめている 3.活動ごとに利用者に説明し希望を聴いている		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	1.訪問理美容サービスを希望に応じ活用している、地域的美容院の利用も可能としている 2.好みの化粧品を使用できるよう支援している 3.好きな服や装飾品の使用の希望を聞き対応している		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	1.利用者とメニューを決める 2.会話の中から好きな食べ物を聴いている 3.季節、行事のメニュー月1回寿司の日、日曜日はパンの日を設定している 4.一緒に料理や机拭き、茶碗の準備、片付けをしている 5.季節の野菜を収穫し下ごしらえ等を行っている	毎朝利用者と季節の野菜の他、冷蔵庫にある物でメニューを決めている。スーパーの広告を見て利用者と一緒買い物をすることもある。毎月第4金曜日お寿司の日や行事食は利用者も楽しみにしている。	
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	1.食事摂取量水分量を記録している 2.体重測定をしている(月1回) 3.法人の管理栄養士の助言を受けている 4.刻み、トロミなど食形態を工夫している 5.水分がとりにくい場合はゼリーなどに変更している		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	1.毎食後歯磨きを行い磨き残しには仕上げ磨きをしている 2.口腔内や葉に異変があった場合は家族の同意を得て訪問診療につないでいる 3.口腔衛生について歯科医師より指導を受けている(月1回) 4.歯科検査を実施している(年2回)		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
43	(16)	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている	1.排泄チェックを行い、排泄間隔の目安で声をかけている 2.トイレでの排泄が出来るようケア方法を検討している 3.利用者ごとに安心して使用できる紙パンツ、パットを検討している 4.必要に応じ医師に相談している	職員は共有する介護記録で排泄のパターンを把握しており、さりげない声かけでトイレ誘導をしている。またセラピストの助言を受け、トイレで座位を保つために必要な動作でトイレでの排泄ができるよう努めている。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	1.排泄チェックをしている 2.ヨーグルト、牛乳等メニューを工夫している 3.オリゴ糖を活用している 4.おなかを温める、さする等対応を行っている 5.運動をする、立つ機会を作っている 6.処方薬でコントロールする(必要時)		
45	(17)	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めず、個々にそった支援をしている	1.1日おきに入浴の支援を行う、希望に応じて対応する日や時間を変更する 2.体調によりシャワー浴、清拭に変更する 3.特浴が必要時はDSの浴室を利用する	お風呂は毎日沸かしており、利用者の希望する日時に対応している。柚子湯や菖蒲湯などの季節湯もあり利用者はゆったりとした入浴を楽しんでいる。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	1.日中に運動する時間を作る 2.睡眠サイクルを確認し就寝するタイミングを計る 3.どうしても眠れない時は主治医に相談する 4.寝具やパジャマ、カーテン、空調などの工夫をする		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	1.薬情報を薬の入れ物、ケース記録に入れ共有するとともに会議でも共有する 2.内服しにくくなったときは薬剤師や医師に相談する 3.薬変更時には申し送りなどで共有し副作用を確認する		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	1.散歩、運動などの機会を作る 2.行事や活動では今までの経験などを活かせるよう話し合う機会を作る 3.調理、洗濯、掃除、ゴミ出しなどに取組めるような機会を作る 4.歌、塗り絵、習字、貼り絵、園芸、生け花など好きか確認して参加する		
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	1.毎日のゴミ出し 2.施設近くへの散歩 3.季節や行事に合わせたドライブ 4.花火大会・お月見観覧 5.いちご狩り 6.近隣への買い物 7.お墓参り 8.美容院	施設近くにある日当たりの良い公園を散歩したり、コスモス畑の見学などドライブで季節を感じてもらい、心身の活性につながるようにしている。また、新聞のチラシ広告を見て気に入った物を職員と一緒に買い物にも出かけている。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	1.外出レク時に自分で買い物をし、お金を払う 2.日頃から希望により少額のお金を財布に入れ持っている		
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	1.希望に応じて携帯電話を使用している 2.家族からの電話の取次ぎ、電話をしている 3.月1回の家族への手紙を出している		
52	(19)	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	1.季節に合わせた壁面構成 2.行事や面会写真の掲示 3.音楽を流す 4.ソファの設置(玄関、ホールなど) 5.台所での調理(ホールで音や匂いを感じる) 6.温度、湿度の定期測定と記録実施	居心地の良い場所、安心感のある場所にするためフローには複数のソファが置いてあり、壁には担当を決め利用者と一緒に作成した季節感を感じられる塗り絵やレイアウト、物品など季節に合わせた共有空間となっている。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	1.ホールのテーブル席は席順に配慮して話しやすく工夫している 2.玄関やホールはソファに座ってテレビを見たり、新聞を読んだり自由にくつろぐことができるようにしている。 3.自由に自分の居室で過ごすことができる。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	1.自宅から布団を持ってくる 2.なじみの家具などを居室に持ち込む 3.自分の作品や写真を掲示できる 4.テレビを持ち込む事が出来る	居室は広くトイレも設置しており利用者のプライバシーが確保されている。入り口にのれんをかけるなど共用空間との程よい距離感を保っている。家族写真を飾ったり、馴染みの物も活かしてその人らしく過ごしている。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	1.わかりやすい文字・表示の工夫(掲示など) 2.のれんをかける(プライバシーの配慮と居室がわかる工夫) 3.居室前に作品の掲示 4.カレンダー、ホワイトボードの活用 5.運動コーナーの設置		